

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

147

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Max LEROUX

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

Ex-préparateur adjoint à la Faculté de Médecine

Né à Paris, le 14 Novembre 1904

LES PLASMOCYTOMES
DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Président : M. CHAMPY, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Max LEROUX

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph
Ex-préparateur adjoint à la Faculté de Médecine
Né à Paris, le 14 Novembre 1904

LES PLASMOCYTOMES
DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

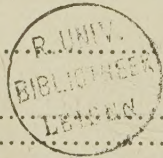
Président : M. CHAMPY, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A qui je dois tout. Faible témoignage de ma grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON BEAU-PÈRE

Qu'il trouve en ce modeste ouvrage un témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A M. LE DOCTEUR C. CHAMPY

Professeur d'histologie à la Faculté de Médecine

Respectueux hommage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A M. LE DOCTEUR GEORGES LAURENS

Oto-rhino-laryngologiste honoraire de l'hôpital Saint-Joseph

Témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR HUBERT

Oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Joseph

Hommage de notre très respectueux attachement et de notre affectueuse reconnaissance pour la grande bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. GIRARD

Laryngologiste adjoint de l'hôpital Saint-Joseph

*Inspirateur de ce travail, qu'il
veuille bien accepter l'Hommage de
notre profond respect et de notre
très vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COIRRE

Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph

Avec nos sentiments de respectueuse reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé.

A MON AMI

LE DOCTEUR RAMBERT

Dont les précieux conseils m'ont permis d'accomplir ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde amitié.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR NOEL ARNOULD

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR G. HALGAND

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*).

PROFESSEUR HARTMANN

PROFESSEUR CARNOT

DOCTEUR CHEVRIER

DOCTEUR LAPOINTE (*in memoriam*)

DOCTEUR HALLÉ

DOCTEUR LÉON TIXIER

DOCTEUR LE MÉE

PROFESSEUR BRINDEAU

A NOS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Laboratoire d'Anatomie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. OLIVIER

Respectueux hommage de reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il a bien voulu nous réserver dans son laboratoire, et l'intérêt qu'il nous a témoigné.

Travaux pratiques d'histologie

A M. LE PROFESSEUR MULON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BULLIARD

A M. LE DOCTEUR LELIÈVRE

A MES CONFÉRENCIERS

DOCTEUR ABEL PELLÉ

DOCTEUR MAXIMIN

DOCTEUR JACQUES LEMOYNE

A MES COLLÈGUES DE L'HOPITAL
SAINT-JOSEPH

INTRODUCTION

A côté des plasmocytomes médullaires généralisées, véritables tumeurs malignes, à qui l'on reconnaît actuellement dans le cadre des myclomes osseux une autonomie certaine, il existe des plasmocytomes nettement localisés, se comportant comme des tumeurs bénignes.

Si ces plasmocytomes autonomes peuvent se développer en différents points de l'organisme, il semble en réalité que leur localisation la plus fréquente soit au niveau des voies aériennes supérieures.

Ewing, dans son ouvrage « Neoplastic diseases » discute ainsi les plasmocytomes extra-médullaires :

« Eu égard à leur fréquence relative et à leur évolution clinique plutôt particulière, on leur a prêté une attention insuffisante. Ils se développent *principalement dans le naso-pharynx*, le rebord alvéolaire, la langue, les lèvres et les ganglions cervicaux. Mais on les a observés dans beaucoup d'autres régions.

Leur évolution est relativement lente, mais ils

peuvent reparaître après extirpation et devenir associés à une cachexie chronique.

On les classe communément dans les lymphosarcomes, mais réalisant, en règle un processus bénin, aux caractères néoplasiques très indistincts, il est extrêmement important de les distinguer des lymphosarcomes malins.

Leur structure présente un amas diffus de cellules plasmatiques plus ou moins typiques. »

Mais le nombre relativement restreint de cas de plasmocytomes localisés publiés, semble montrer qu'il s'agit bien là d'une affection particulièrement rare. Deuker dans son *Traité* n'en mentionne que cinq cas, et Zaouche dans sa thèse (1932) ne s'appuie que sur huit cas.

Cependant des recherches bibliographiques nous ont permis d'en découvrir vingt-huit cas, dont l'étiologie syphilitique de certains, peut, il est vrai, prêter à discussion.

Or nous avons eu, avec notre collègue et ami le Dr Rambert, l'occasion d'observer dans le service de notre Maître le Dr Hubert, un cas de plasmocytome autonome du naso-pharynx (1).

C'est pourquoi, sur les conseils du Dr Girard et avec la collaboration précieuse du Dr Rambert, nous avons été amenés à entreprendre l'étude des plasmocytomes autonomes des voies aériennes supérieures.

(1) HUBERT, GIRARD, et R. RAMBERT. — Plasmocytome du naso-pharynx. *Société d'O. R. L. de Paris*. Séance du 10 décembre 1934.

HISTORIQUE

Les traités classiques, semblent ignorer les plasmocytomes extra-médullaires.

En Allemagne, Deuker et Köhler, dans leur grand Traité, mentionnent cinq cas de plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

En Amérique, Ewing, dans son ouvrage « Neoplastic diseases », mentionne l'existence de ces tumeurs extra-médullaires et signale qu'on leur a donné une « attention insuffisante ».

Un seul travail d'ensemble, celui d'Opikofer, a été publié, basé sur l'étude de huit cas.

Cependant, un certain nombre d'observations éparses, ont été rapportées.

C'est ainsi que Schridde, en 1905, observe un plasmocytome du cavum, chez un homme de 40 ans.

Boit, en 1907, publie un cas de plasmocytome de la bande ventriculaire droite, chez un malade de 55 ans.

En 1911, Werdt décrit chez un homme de 69 ans, un plasmocytome, au niveau de la face postérieure du voile.

Watcher, à son tour, publie, en 1914 un cas de plasmocytome à foyers multiples, au niveau du cavum, de la corde vocale gauche et au voisinage de l'orifice tubaire gauche, chez une femme de 48 ans.

En 1920, Rogers signale une localisation de plasmocytome unique, au niveau du pavillon de la trompe d'Eustache.

Et cinq ans plus tard, Facchini et Scalas publient un cas de plasmocytome s'implantant au niveau de la cloison nasale.

En 1926, Opikofer rapporte simultanément deux cas : un plasmocytome de l'amygdale gauche, et un plasmocytome du cavum.

Hückel, en 1927 fait une communication sur un cas de plasmocytome du naso-pharynx et en donne un examen histologique détaillé.

L'année suivante, Bronzini, observe chez un homme de 53 ans un plasmocytome de la fosse nasale droite.

Il faut signaler, en 1929, les observations de Borri sur un cas de plasmocytome du naso-pharynx, et de Kauffmann, au sujet d'une tumeur plasmocytaire de l'amygdale.

Puis, Clairborn et Fernis (1930) publient deux cas de plasmocytomes. Le premier localisé au niveau de la fosse nasale droite, le second, au niveau de la fossette de Rosenmüller et de la fosse nasale droite.

La même année, Rosenwasser observe un plasmocytome développé dans le méat moyen.

Il faut citer en 1932, une observation de Blacklock et Mac Cartney, sur un cas de plasmocytome du naso-pharynx et du larynx, et deux observations de Steward et Taylor, l'une sur un cas de plasmocytome localisé au cavum, l'autre au plancher de la bouche.

C'est toujours en 1932 que Kurt Bröste dans les « Acta laryngologica » publie une observation se rapportant à un cas de plasmocytome né sur le pilier postérieur et la paroi pharyngée.

En France, Bourgeois et Huet, en 1930 rapportent un cas de plasmocytome du larynx, et Leroux, Lallemand et Delarue, en 1931, décrivent une tumeur plasmocytaire de la trachée, sur lesquelles Zaouche appuie sa thèse sur l'étude des plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Enfin en 1934, il faut noter l'observation rapportée par Iterson sur un cas de plasmocytome du naso-pharynx et la communication de Hubert Girard et Rambert sur une tumeur plasmocytaire naso-pharyngée.

Toutes les observations que nous venons de signaler, se rapportent à des plasmocytomes nettement localisés et survenant chez des sujets qui demeurent indemnes de toute métastase.

Mais il en est d'autres, où la localisation au niveau des voies aériennes supérieures n'est qu'un épiphénomène au cours d'un processus de généralisation plasmocytaire maligne. C'est ainsi qu'il faut signaler l'observation de Vogt en 1912 avec localisation

naso-pharyngo-laryngée, s'étendant aux ganglions cervicaux et axillaires ; celle de Frank et Kunosiki en 1913 avec foyer dans le naso-pharynx, adénopathie cervicale et tumeur de la cuisse ; celle de Hajeck en 1916 avec localisations à l'ethmoïde et au sinus frontal et celle de Pallesstrini avec foyers dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire. Citons enfin l'observation d'Opikofer, avec de multiples foyers osseux et une adénopathie cervicale ; et le cas de Rössle, en 1926 avec localisations, au niveau du cavum, du sternum, des côtes et du crâne. Tous ces cas généralisés, avec métastases ont évolué vers la mort.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PERSONNELLE. — *Service d'O. R. L.
de l'hôpital Saint-Joseph*

Il s'agit d'une « vieille fille » de 59 ans, un peu simple, recueillie dans un couvent où elle est utilisée comme matelassière.

Elle se présente le 15 février 1934 à la consultation O. R. L. de l'hôpital Saint-Joseph parce qu'elle a l'impression d'avoir dans la gorge « un paquet de matières qu'elle ne peut décoller ».

Une surdité totale sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir rend l'interrogatoire des plus pénible. Cependant par une série de questions écrites on précise tant bien que mal :

a) Le début de son affection, qui remonte à un an environ.

b) La nature de ses troubles : progressivement s'est accusée la perception d'un corps étranger dans le fond de la gorge qui s'accompagnait de quelques « picotements » pharyngés, d'une légère toux, d'irritation et surtout d'une gêne respiratoire assez marquée en position couchée. Aucune douleur, aucune hémorragie.

A l'examen :

On note une masse du volume d'une grosse noix qui saille derrière le voile, le long du pilier postérieur *gauche* sans cependant lui adhérer.

Et de fait, cette masse est légèrement mobile, elle n'est ni pédiculée, ni étalée, mais plutôt sénile et semble se fixer dessous de la trompe gauche. Elle est recouverte par une muqueuse de coloration rosée non ulcérée, n'adhérant pas à la tumeur : cette muqueuse se laisse en effet plisser.

Ajoutons que le pharynx présente des lésions de pharyngite chronique banales — que l'examen du cavum ne montre rien d'anormal — que la rhinoscopie antérieure montre une grosse déviation de la cloison à gauche et des lésions de rhinite chronique.

Les sinus s'éclairent normalement à la diaphanoscopie.

Par ailleurs la malade présente un bon état général et ne semble pas avoir maigri.

En résumé : il s'agit d'une tumeur bien limitée, développée en un an chez une femme de 59 ans.

La consistance un peu molle de cette tumeur, la souplesse de la muqueuse qui la coiffe, l'absence d'adénopathie dans la région cervicale écartent toute idée de malignité.

L'aspect non franchement inflammatoire de cette masse unique, sa demi-mobilité, son lent développement sont autant de caractères qui la différencient d'une gomme.

On pense donc à une tumeur bénigne et on compte sur une biopsie pour préciser sa nature.

Le laboratoire répond (Dr Coirre) « Plasmocytome ».

Le microscope montre en effet dans une muqueuse normale des nappes cellulaires denses mal limitées n'observant pas une distribution péri-vasculaire : les vaisseaux sont d'ailleurs peu nombreux et petits.

Ces masses d'aspect uniforme sont plus ou moins dissociées par un réticulum.

Les éléments cellulaires qui constituent ces masses sont exclusivement des cellules de rapprochement du plasmocyte. Certaines cellules sont grandes et montrent une transformation éosinophile de leur protoplasma.

Il y a une certaine activité cellulaire, quelques cellules sont bi ou multi-nucléées, mais n'offrent pas de mitoses.

De rares cellules d'aspect lymphoïde tendraient à assigner cette origine à cette tumeur.

L'ablation est pratiquée au serre-nœud par le D^r Girard, « la tumeur paraît avoir été enlevée en totalité parce qu'elle ne présente aucune tranche de section : la muqueuse enveloppante paraît avoir été seule à subir la section ».

Une application diathermique est faite sur la zone d'implantation.

Devant la réponse du laboratoire on pratique un certain nombre d'examen complémentaires.

On s'assure par la palpation du squelette qu'il n'existe cliniquement aucun foyer dont la localisation naso-pharyngée ne serait qu'une métastase.

Une numération globulaire donne

Hémoglobine.....	80 %
Globules rouges.....	4.150.000
Globules blancs.....	7.700

Quant à la formule leucocytaire elle est sensiblement normale :

Polynucl. Neutrophiles.....	45	} 50 %
Eosinoph.	4	
Basoph.	1	
Grand Mono.....	5	} 50 %
Monocytes.....	2	
Mono moyens.....	25	
Lymphocytes.....	17	
Cellule de Turck.....	1	

L'épreuv de l'albumosurie de Bruee-Joves se montre

négative. Un examen sérologique (B. W. et réaction de Hecht) se montra négatif.

La surdité totale de la malade faisait pourtant songer à une spécification ancienne.

Cette surdité s'est installée vers l'âge de 39 ans progressivement.

Actuellement non seulement la cochlée est détruite (abolition du réflexe cochléo-palpébral aucun son n'est perçu) mais aussi le vestibule (après irrigation froide prolongée on n'obtient aucune réponse).

Par ailleurs l'examen général ne révèle rien d'anormal.

Les réflexes sont normaux.

La malade a été revue le 6 décembre 1934, donc 9 mois après l'ablation, il n'y a aucune récurrence locale.

Nous rapportons ci-après un certain nombre d'observations que nous classerons pour plus de clarté, en deux groupes :

1^o Les plasmocytomes à localisations multiples.

2^o Les plasmocytomes localisés, que nous diviserons encore en

A) Tumeurs localisées au naso-pharynx.

B) Tumeurs localisées aux fosses nasales et au cavum.

C) Tumeurs localisées au larynx et à la trachée.

1° Localisations multiples

OBSERVATION n° 1. — de BLACKLOCK ET MARCATNEY 1932

Journal of Path. and Bacteriology 1932.

Multiples petites tumeurs à plasmocytes occupant le naso-pharynx d'un homme âgé de 64 ans.

En avril 1929. Homme âgé de 64 ans vient consulter à la clinique O. R. L. de l'hôpital de Glasgow, pour enrouement et gêne de la gorge.

L'examen laryngoscopique montre sur le côté droit du larynx, au niveau de la bande ventriculaire, deux polypes rougeâtres, l'un du volume d'un gland, l'autre un peu plus petit.

Dans le naso-pharynx, cinq masses de même aspect dont le volume allait de celui d'une lentille à celui d'un haricot.

Deux d'entre eux semblaient émaner de la paroi postérieure du naso-pharynx, et trois autres de la face nasopharyngée du palais.

Le malade était par ailleurs en bonne santé. Rien d'anormal à l'examen général. Sinus normaux.

Bordet-Wassermann négatif.

Examen du sang :

Hématies :	4.720.000
Globules blancs :	8.200
H. B.	93 %
C. I.	1 %
Polynucléaires	65 %
Lymphocytes	30 %
Éosinophiles	3 %
Basophiles	1 %

En juin 1929. Ablation sous anesthésie cocaïnée, de la tumeur laryngée par laryngoscopie directe, de la masse rétro-vélique, avec rhinoscopie postérieure.

En novembre 1929. Récidive aux points d'implantation. Apparition de deux nouvelles localisation. Excisions.

En juillet 1931. Réapparition des deux masses laryngées. A aucun moment on n'a noté d'atteinte ganglionnaire.

Histologie :

Faible grossissement.

Des cellules homogènes occupent presque toute la coupe, mais n'envahissent pas l'épithélium.

Fin stroma fibreux, par places œdème, capillaires abondants.

Parfois autour, exsudation de fibrine.

Fort grossissement.

Les cellules : de diamètre variable, de dix à trente μ en moyenne.

Le noyau : à position excentrique. Le plus souvent unique, mais quelques-uns sont doubles et même quadruples.

Le protoplasme, souvent d'aspect uniforme, mais parfois, moins dense autour du noyau, réalisant une sorte de halo.

Dans beaucoup de cellules, la limite extérieure du cytoplasme est mal précisée donnant aux cellules un aspect quelque peu syncytial.

Les figures de mitoses sont rares.

Les cellules sont distribuées irrégulièrement par rapport aux vaisseaux et aux fibres conjonctives.

OBSERVATION n° 2 DE WATCHER

Tumeurs multiples.

1^o Excroissance granuleuse sur la bande ventriculaire gauche.

2^o Tumeur pédiculée grosse comme une cerise, au-dessus de la luette.

3^o Tumeur ferme et bosselée sur le plancher des deux fosses nasales, et au voisinage de l'orifice de la trompe gauche.

Bon état général.

Tableau hématologique normal.

Ablation à l'anse froide et à la curette tranchante.

Deux récidives immédiates.

Pendant 11 ans, pas de récidives.

OBSERVATION n° 3 DE HEINDL Jun., 6 décembre 1932

Femme âgée de 47 ans, opérée en 1923 d'un polype d'une corde vocale. A ce moment aucun examen histologique n'est effectué.

En raison de gêne respiratoire une résection de la cloison est pratiquée.

De 1927 à 1928 nombreuses épistaxis se déclanchant à la moindre occasion (rire, situation basse de la tête).

Dans ces derniers temps, s'installe une obstruction nasale de plus en plus marquée, accompagnée de céphalées frontales et occipitales. Puis apparaît une tuméfaction au niveau de la conjonctive droite. On pose le diagnostic de Chalazion.

La malade est vue pour la première fois à la clinique en décembre 1928.

A l'examen du nez, on voit la cloison complètement refoulée à gauche. Elle est le siège d'une perforation à

contours réguliers. La partie droite du nez est obstruée par une tumeur molle qui s'étend du vestibule à la partie moyenne de la choane et gagne la fosse nasale gauche, à travers la perforation.

On intervient alors en enlevant la tumeur au moyen de pinces. La choane est à peu près complètement libérée. Mais il reste une partie de la tuméfaction qui émerge sur la paroi droite de l'épipharynx, que l'on enlève au serre-nœud. Puis on fait suivre d'un traitement au radium de 750 milligrammes heure.

Un examen histologique de la pièce, conclue à un plasmocytome.

La guérison semblait complète depuis trois ans, lorsque la malade se présente à nouveau en août 1932 à la Clinique, avec une gêne respiratoire très accentuée.

A l'examen, la fosse nasale droite est libre.

A la laryngoscopie, les cordes vocales ont un aspect rougeâtre (le larynx jusque là était anatomiquement et fonctionnellement normal). La lumière de la trachée présente à hauteur comprise entre 5^e et 6^e anneau, deux bourrelets rougeâtres, réduisant son diamètre à deux millimètres et déterminant un violent stridor inspiratoire.

En raison de la situation basse de la sténose, une trachéotomie est alors effectuée. Après l'excision d'un fragment ovalaire de la paroi antérieure de la trachée, on voit la lumière envahie par deux noyaux tumoraux, au volume d'un pois et ne semblant pas infiltrer la paroi trachéale. Ces tumeurs sont enlevées au moyen de la pince à double curette. Puis on installe une courte canule trachéale.

L'examen histologique des pièces, montre qu'il s'agit là encore de plasmocytome. La tumeur à siège conjonctival, qui depuis 1927 avait progressivement atteint le volume d'un petit pois est enlevée et soumise à l'examen anatomo-pathologique. Le diagnostic de plasmocytome s'impose encore.

La canule étant mal supportée par la malade et des hémorragies répétées s'étant produites au travers de cette canule, on pratique une trachéoscopie. Cet examen montre au niveau de la bifurcation une zone d'aspect cicatriciel. La muqueuse à l'orifice de la bronche droite est rouge. A cet endroit précis on aperçoit deux petites excroissances verruqueuses suspectes.

La malade est alors soumise à l'action des rayons Roentgen par la méthode de Coutard.

Elle accuse une très forte réaction au niveau de la peau et de la muqueuse trachéale. Jusqu'à présent, la tumeur elle-même a très peu réagi.

Mais une nouvelle trachéoscopie montre une diminution notable de volume des deux formations verruqueuses suspectes.

Plasmocytomes à localisation unique du nasopharynx

OBSERVATION n° 4 DE WERDT, 1911

Homme âgé de 69 ans.

Consulte pour obstruction nasale et difficulté de la déglutition.

A la rhinoscopie postérieure : tumeur du volume d'une noisette, mobile, pédiculée, derrière la face postérieure de la luette.

Aspect de la tumeur, nodulaire, de couleur rouge bleuté.

Pas de récédive.

Examen macroscopique :

Tumeur de consistance ferme.

A la coupe :

A la périphérie, une zone transparente jaune grisâtre.

Au centre, une zone gris rougeâtre hémorragique.

Au microscope :

Tumeur entièrement formée de cellules plasmatiques, dont quelques unes en mitose, et d'autres multinuclées, certaines à noyau en picnose et contenant dans le cytoplasme des inclusions colorées en rouge.

Le stroma est serré et forme des granulations pigmentées.

OBSERVATION n° 5 DE KUNOSIKI ET FRANK

Homme de 44 ans, constate depuis deux ans, la présence d'une masse dure, du volume d'un petit pois, au niveau de l'angle du maxillaire gauche.

Elle augmente de volume, puis de nouvelles masses apparaissent.

Ce n'est qu'un an plus tard que le malade consulte, en raison de troubles respiratoires.

Röntgenthérapie, sans résultats. Puis apparition de nouvelles masses dans le naso-pharynx et une obstruction nasale totale s'installe, s'accompagnant d'épistaxis.

Parallèlement, amaigrissement, perte de 90 à 80 livres.

Ablation de la tumeur du côté gauche. Un mois plus tard ablation des masses naso-pharyngiennes, au nombre de dix, du volume d'une amande, à surface irrégulière, de consistance ferme et élastique, de coloration gris brun.

Ces masses furent facilement séparées du tissu environnant.

À la section, même couleur, aspect lisse.

Au microscope :

Grand nombre de plasmocytes typiques groupées surtout autour des vaisseaux et des capillaires.

On observe des zones de nécrose muqueuse, non modifiée.

Mort quatre ans après le début de la maladie, et à ce

moment le malade a présenté une tuméfaction de la partie supérieure d'une cuisse, imputée à un plasmocytome.

OBSERVATION n° 6 DE ROGERS, mars 1920

Homme 42 ans.

Un an auparavant, légère hémorragie de la fosse nasale gauche et du cavum.

Six mois plus tard, hémorragies plus abondantes nasales, et naso-pharyngées survenant spontanément, disparaissant au bout d'un jour ou deux.

Dans l'intervalle, obstruction nasale complète, jamais de douleurs.

Plusieurs médecins consultés prescrivent pommades et cautérisations sans qu'il survienne d'amélioration.

Rogers examine le malade en 1920 ; malade très anémié.

Obstruction nasale très accusée.

Rhinoscopie antérieure :

Rien d'anormal.

Rhinoscopie postérieure :

Masse irrégulière, granuleuse, d'aspect hémorragique, emplissant complètement le naso-pharynx et semblant s'implanter à la voûte du cavum.

La surface de la tumeur présente des zones d'hémorragies anciennes et récentes.

Six semaines après, ablation de la tumeur à l'anse.

Un examen attentif montra qu'elle se fixait au bord inférieur de l'orifice de la trompe d'Eustache et à la partie voisine du voile.

Examen microscopique :

Cellules plasmatiques volumineuses avec [noyaux arrondis et excentriques.

OBSERVATION n° 7 DE HÜCKEL, 1927

Homme de 46 ans.

Gêne respiratoire nasale depuis six mois allant jusqu'à une obstruction presque totale.

Dès l'enfance, adénite cervicale.

Rhinoscopie :

Tuméur, emplissant complètement le naso-pharynx, avec un petit pédicule, de l'épaisseur d'un doigt descendant derrière le voile du palais, d'une masse rougeâtre.

Fosse nasale droite masquée par une déviation de la cloison.

Fosse nasale gauche obstruée par la tumeur.

Muqueuse du pharynx et des choanes légèrement hypertrophiées.

Sinus normaux.

La tumeur est enlevée, en partie par voie nasale, en partie par voie buccale, et la respiration nasale est à nouveau possible.

L'insertion se faisait sur le bord postérieur et les ailes du vomer, et aussi sur les parties avoisinantes du naso-pharynx.

Aspect de la tumeur, variant du gris blanc au gris bleu suivant les zones.

Au microscope :

Paquets de plasmocytes, au milieu d'un fin reticulum.

Les cellules contiennent souvent deux noyaux.

Quelques rares figures de mitoses.

Jamais de divisions atypiques.

Vascularisation normale.

Pas de dispositions particulières entre ces plasmocytes et les vaisseaux.

OBSERVATION n° 8 DE BORRI, 1928

Homme de 56 ans, entré à l'hôpital en décembre 1923, avec une amygdale droite notablement hypertrophiée.

Sur la face postérieure du pharynx, masse du volume d'une petite amande.

Ganglions cervicaux.

Bon aspect général.

Ablation de la tumeur et de l'amygdale.

En 1926, revient pour obstruction nasale prédominant à gauche.

Un spécialiste lui enlève une masse charnue.

Rien d'anormal pendant 2 ans. Mais bientôt, le malade éprouve la même gêne. Nouvelle intervention.

Soulagement pendant un an et demi.

En novembre 1928, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour obstruction nasale, gêne de la déglutition.

Il subit un traitement par le radium, pour une tumeur supposée maligne, de l'amygdale droite.

A l'examen, amygdale droite hypertrophiée, de consistance un peu dure, divisée en plusieurs lobes, et creusée de quelques ulcérations.

Dans la fosse nasale gauche, une masse pâle, un peu ulcérée.

Wassermann : fortement positif.

Fin novembre : amygdalectomie et biopsie de la tumeur nasale.

L'amygdale et la tumeur nasale présentent le même aspect microscopique.

La muqueuse présente des ulcérations dans lesquelles on voit des zones de nécrose.

Dans le tissu profond, une infiltration marquée, d'éléments cellulaires arrondis d'aspect irrégulier. La plupart des cellules ont un cytoplasme granuleux.

Les noyaux disposés à la périphérie. La chromatine

se présente sous la forme de corps triangulaires, dont le sommet est dirigé vers le centre du noyau.

Au centre, on voit un corps chromatique autour duquel d'autres masses de chromatine sont disposées radiairement.

Dans certaines zones, particulièrement vascularisées, de nombreux lymphocytes. Quelques-uns pouvaient en imposer pour de cellules plasmatiques.

Le malade subit des injections de bismuth et d'arsenic. Après dix jours de traitement la tumeur a notablement diminué.

Puis on institue un traitement au bismuth et à l'iodure.

Le 30 octobre 1928, la masse nasale a complètement disparu.

OBSERVATION n° 9 DE KURT BRÔSTE

Homme de 69 ans, cultivateur.

Dysphagie. Pas de gêne respiratoire. Pas de vomissements.

Appétit conservé, bon état général.

Examen : du côté gauche de la gorge une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, un peu bosselée, non ulcérée, de coloration rouge bleuâtre, mobile, fixée au pilier postérieur gauche du voile ainsi qu'à la portion voisine de la paroi pharyngée, par un pédicule un peu large.

Pas d'adénopathie.

Ablation à l'anse froide sous anesthésie locale.

A partir du 14^e jour, on pratique six irradiations de rayons Röntgen sur la zone intéressée.

Examen macroscopique : Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, de consistance pleine, uniforme, assez molle. Ni caséification, ni hémorragies. Tissu du pédicule un peu ferme.

Examen microscopique : fines travées conjonctives, formant un réseau dont les mailles sont remplies par des cellules tassées les unes contre les autres.

Cellules formées d'un abondant protoplasme qui offre la coloration mitochromatique habituelle aux plasmocytes. Elles ont un noyau rond excentrique.

OBSERVATION n° 10 DE STEWARD ET TAYLOR

Homme âgé de 67 ans.

Souffre depuis neuf mois d'obstruction nasale et sent la présence d'une masse au fond de la gorge « A lump at the back of the throat ».

Pas de douleurs, mais deux hémorragies nasopharyngiennes fortement abondantes. Lors de son hospitalisation en février 1926 : on trouve le cavum obstrué par une masse mobile, du volume d'une noix, apparemment fixée au palais mou, en arrière et au-dessus de la luette.

A l'opération, le chirurgien extrait la tumeur à l'anse sans difficultés.

Application de courant diathermique à la base.

La tumeur est ferme et grossièrement lobulée. De couleur blanc grisâtre et parsemée de zones nécrotiques, à la section.

Au microscope : une grande partie de la tumeur est nécrosée.

Dans la portion non nécrosée, des cellules plasmocytaires.

Très peu de mitoses.

Le malade revu un an après, allait très bien. Il est mort depuis d'une affection intercurrente sans rapport avec son plasmocytome.

OBSERVATION n° 11 DE VAN ITERSON

Homme de 68 ans.

Vient consulter à l'hôpital Sainte-Élisabeth de Leyde en juillet 1933 pour obstruction et sécrétion de la narine gauche.

Aucun antécédent pathologique.

Bon état général.

A la rhinoscopie antérieure : tumeur lisse, rouge, peu mobile, saignant légèrement au contact.

A la rhinoscopie postérieure, la choane gauche est presque entièrement obstruée.

Point d'implantation difficile à apprécier.

Ablation à l'anse froide, rendue difficile par une insertion assez large sur la paroi latérale du rhino-pharynx.

La tumeur avait la dimension de la phalange supérieure d'un petit doigt normal.

Examen microscopique : présence de cellules plasmatisques.

Wassermann négatif.

Examen hématologique normal. Un traitement antisyphilitique à l'iodure n'a eu aucun résultat.

Le malade subit cinq applications de rayons X.

Trois semaines après la dernière séance, amélioration considérable.

2° Localisation aux fosses nasales et au cavum

OBSERVATION n° 12 DE CLAIRBON ET FERNIS (cas 2)

Homme âgé de 60 ans.

Vu en mai 1930.

Il y a deux ans, obstruction nasale droite. Légère obstruction de ce côté.

En septembre 1929, ablation d'une petite tumeur de la fosse nasale droite.

Pas d'examen anatomo-pathologique.

Diagnostic clinique : fibrome.

Amélioration passagère.

Le malade revient pour récédive en mai 1930. Bon aspect général.

Rhinoscopie antérieure : cloison déviée à gauche, cornets inférieurs légèrement hypertrophiés. Dans la fosse nasale droite, une masse lobulée de trois centimètres de long sur un centimètre cinq de large, recouverte d'exsudat jaunâtre.

Une masse identique, mais plus petite fut découverte, pendant de la fossette de Rosenmüller droite.

Bordet-Wassermann négatif.

Numération globulaire :

Hématies :	5.400.000
Globules blancs :	8.000
Polynucléaires	59 %
Lymphocytes	34 %
Grands monos	7 %

Radiographie des sinus négative .

Rien de pathologique au squelette.

Diagnostic clinique : fibrome du naso-pharynx.

Ablation à l'anse sous anesthésie locale, trois jours après irradiation des tumeurs. Pas de récédive.

Examen macroscopique :

Aspect blanc grisâtre.

Consistance assez molle.

A la section : se coupe facilement. Apparence fibreuse avec de nombreuses plages hémorragiques bleu foncé.

OBSERVATION n° 13 DE SCHRIDDE

Homme de 40 ans.

Consulte pour une gêne respiratoire, due à une tumeur endo-nasale.

A l'examen microscopique de la masse, amas de plasmocytes, entre lesquels on note des capillaires.

Pas d'autres détails sur l'aspect clinique ou anatomopathologique.

OBSERVATION n° 14 DE FACCHINI ET SCALAS

Femme de 47 ans.

S'est mariée à 15 ans, n'a jamais eu de grossesses.

Son mari a contracté la syphilis avant son mariage, puis a été soumis pendant quatre ans à un traitement intensif.

Lors de son mariage son Wassermann était négatif. De même lors d'un récent examen.

La malade depuis deux ans, présente de l'obstruction nasale droite.

Pas de sécrétion purulente, aucun autre trouble.

A la rhinoscopie : la fosse nasale droite est complètement obstruée par une masse polypoïde grisâtre.

Wassermann négatif.

La numération globulaire est normale.

Ablation de la tumeur qui est jetée à la partie supérieure et postérieure de la cloison.

La malade revue un an après ne présente aucune récidive.

On a fait quelques injections de mercure pour tenter une réactivation, mais le Wassermann est encore négatif.

Examen anatomopathologique :

La tumeur mesure deux centimètres sur quatre.

Surface régulière et lisse, recouverte d'une muqueuse rouge clair.

Consistance fibro-élastique.

Autour de la base d'implantation, s'insèrent de petits nodules arrondis de coloration rouge plus sombre.

A la coupe : à la périphérie, zone homogène grisâtre.

Au centre, des îlots blanchâtres de tissu opaque et friable.

Au microscope : un fin trabécule, limite des zones, de dimensions variables, contenant des éléments cellulaires, soit groupés en îlots, soit disposés en cordons.

Les vaisseaux sont plutôt resserrés.

Les cellules sont ovales ou rondes, mais dans la disposition en îlots, elles sont polygonales.

Aspect typique de plasmocytes.

Quelques cellules énormes avec deux ou trois noyaux.

OBSERVATION n° 15 DE OPIKOFER

Les deux choanes sont en partie obstruées par une tumeur rouge, charnue, bosselée.

Tuméfaction notable des ganglions cervicaux. Ablation incomplète à la curette de Gottstein. Mort par angine septique, quatre jours après.

Autopsie :

Tumeur naso-pharyngienne, traverse la cloison, pénètre dans le sinus sphénoïdal et dans la partie supérieure de la fosse nasale gauche.

Quelques nodules de plasmocytome à la face postérieure du voile, dans la muqueuse du sinus maxillaire droit, dans les ganglions cervicaux, et dans le squelette (pariétal, sternum, côtes, corps vertébraux).

3^o) Localisation au larynx et à la trachée

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Cas de BOURGEOIS et HUET

OBSERVATION 1. — Plasmocytome du larynx.

M. G., 65 ans.

Bien portant jusqu'à une trentaine d'années.

A cette époque, à la suite d'un refroidissement, enrrouement qui s'avère tenace, lentement progressif, avec alternatives d'améliorations et d'aggravations.

En 1922, la dysphonie s'accroît et des troubles respiratoires apparaissent qui vont aller s'aggravant jusqu'en 1927.

En 1927, à l'hôpital Laënnec, examen laryngé par le Dr Huet :

« Au laryngoscope, on constate un bouleversement complet de l'image laryngée. La cavité du larynx est bourrée de tumeurs polypôides plus ou moins pédiculées, mobiles avec les mouvements respiratoires et phonatoires. Les parois du vestibule sont soulevées par des bosselures irrégulières sans que la muqueuse semble altérée. Extérieurement, l'examen du larynx ne révèle aucune modification squelettique. »

Par les voies naturelles et sous anesthésie locale, on prélève une des tumeurs pédiculées, qu'on envoie au laboratoire.

« *Résultat histologique* : Sous une muqueuse malpighienne normale se voient de très volumineux nodules, d'immenses nappes de cellules à noyaux périphériques dont la chromatine est disposée en rayons de roue, à protoplasm

éosinophile. Les plasmocytes sont pressés les uns contre les autres, très semblables les uns aux autres dans un stroma lâche, très pauvre en éléments fibro-blastiques et en collagène. Ça et là, se voient quelques capillaires à peu près normaux.

Les nodules plasmocytaires ainsi constitués affleurent à la base du revêtement malpighien dont ils sont séparés par une zone plus riche en collagène. En somme, ces nodules constitués exclusivement de plasmocytes sans autres types de cellules du tissu de granulation, sans sclérose, sans lésions vasculaires, permettent d'écarter l'idée de lésion inflammatoire banale subaiguë ou spécifique, et font porter le diagnostic de plasmocytome ». (D^r Huguenin).

Le Wassermann a été négatif.

A la suite de la biopsie, le malade se sent soulagé. La voix bien qu'éclaircie, reste enrouée ; mais les troubles respiratoires ont presque complètement disparu.

Tout va bien jusqu'en décembre 1930, où survient brusquement pendant la nuit une crise d'étouffement.

Le malade est admis à Laënnec.

Une laryngoscopie faite alors révèle, outre les éléments notés au premier examen « deux masses pédiculées, d'une grosseur d'une cerise et implantées dans la région du ventricule gauche ».

Intervention le 5 décembre 1930 (D^r Huet).

On décide d'intervenir par thyrotomie pour faciliter l'exploration de la cavité du larynx et assurer l'ablation complète des masses avec leurs pédicules. Électro-coagulation de la zone d'implantation.

Suites opératoires excellentes. Le malade quitte l'hôpital le 22 décembre 1930 : voix notablement éclaircie, troubles respiratoires complètement disparus.

Le malade a été revu à différentes reprises, et en dernier lieu le 16 février 1932. État excellent. Un Wassermann

fait ce même jour après réactivation (deux injections de novar 0,15) s'est montré, comm en 1927, négatif.

Cas de LEROUX, LALLEMANT et DELARUE

OBSERVATION II. — Plasmocytome de la trachée.

M. le D..., 40 ans.

Gazé en août 1918. Séquelles : toux, sensation de corps étranger dans la gorge, voix enrouée.

En janvier 1930, apparition de crises d'étouffement, surtout à l'effort.

En mai 1930, les crises sont plus nombreuses et plus intenses obligeant le malade à cesser toute occupation. Voix très couverte. Amaigrissement.

Le 17 juillet 1930, devant les progrès de la dyspnée, trachéotomie par le Dr Leroux. En même temps, biopsie par laryngoscopie directe et envoi au laboratoire.

« *Résultat histologique* : — Il montre dans le chorion, dont l'épaisseur est considérablement augmentée de ce fait, une nappe diffuse d'éléments cellulaires qu'un examen au faible grossissement montre grossièrement arrondis. Ils sont en certains points, serrés les uns contre les autres, et surtout à la périphérie de la tumeur, ils apparaissent dissociés, essaimés dans un tissu conjonctif lâche, en sorte que le nodule tumoral apparaît fort mal limité. Celui-ci est constitué par des éléments cellulaires qui apparaissent au fort grossissement de volume assez variable mais de morphologie à peu près semblable en tous les points considérés ; cellules arrondies ou piriformes, à protoplasma très faiblement basophile. Le noyau se trouve situé à la périphérie de la cellule, la chromatine en est située contre la membrane nucléaire. Ils ont, en somme, tous les caractères morphologiques des plasmocytes. Les

colorations électives du collagène montrent que le stroma de la tumeur est extrêmement grêle et très faible, très pauvre en fibres conjonctives. Des vaisseaux légèrement congestionnés, entourés de rares leucocytes, polynucléaires neutrophiles, se voient de place en place. Il s'agit en somme d'un plasmocytome, d'une tumeur constituée par des plasmocytes adultes, parmi lesquels on ne peut trouver aucun caractère cellulaire de malignité, ni mitose atypique, ni monstruosité. L'épithélium trachéal est en métaplasie malpighienne » (Dr Delarue).

Wassermann négatif. Examen général : amaigrissement.

Le 5 septembre 1930, sous anesthésie locale, intervention par le Dr Lallemand.

« Par crico-thyrotomie, on accède à une tumeur du volume d'une petite noix, rougeâtre, assez ferme, lobulée, sessile, et implantée sur la paroi latérale de la trachée, juste en-dessous du cricoïde. Après avoir incisé la muqueuse trachéale juste au-dessus du point d'implantation, on arrive, sans trop de difficulté à désinsérer ainsi la tumeur avec une collerette de muqueuse trachéale saine autour de sa base ; cette base représentait en surface la dimension d'une pièce de cinquante centimes ».

Électro-coagulation de la zone d'implantation.

Suites favorables : la canule trachéale fut enlevée au quatrième jour et le malade a quitté le service un mois après, en excellent état.

Il a été revu à différentes reprises depuis. État local satisfaisant, mais, un Wassermann pratiqué après réactivation (deux injections de novar 0,15) s'est montré franchement positif.

GÉNÉRALITÉS

Fréquence. — Sur les 28 cas de plasmocytomes des voies aériennes supérieures actuellement publiés, 23 intéressent les fosses nasales et le nasopharynx.

C'est dire que cette localisation est de beaucoup la plus fréquente.

La localisation au niveau des fosses nasales (13 cas) étant sensiblement plus fréquente que dans le nasopharynx (10 cas).

Précisons d'ailleurs que certains cas frappent simultanément nez et cavum ; que dans deux cas, le cavum, le larynx et les ganglions lymphatiques sont également frappés.

Deux observations se rapportent à une localisation laryngée, une à un plasmocytome trachéal.

Plus rare encore est l'atteinte de l'amygdale puisqu'il n'en a été publié qu'un seul cas.

Sexe. — Il semble que l'homme soit atteint beaucoup plus souvent que la femme. Dans la grande

majorité des observations, il s'agit dun homme (23 cas sur 28).

Opikofer, dans son travail sur le plasmocytome, note que sur huit cas qu'il a pu réunir, il y a une proportion de sept hommes et une femme.

Age. — En règle le plasmocytome s'observe entre 40 et 60 ans.

Il est très rare chez les sujets de moins de 40 ans. On en connaît cependant quatre cas :

Entre 40 et 50 ans, 9 cas.

Entre 50 et 60 ans, 8 cas.

Au-dessus de 60 ans, 6 cas.

SYMPTOMATOLOGIE

Zaouche se croit autorisé à décrire dans la symptomatologie des plasmocytomes des voies aériennes supérieures, deux périodes :

1^o Une période de début, s'échelonnant sur quelques mois, voir même quelques années.

2^o Une période d'état, où la tumeur provoque des accidents tels « il est souvent de toute urgence d'intervenir radicalement et sans retard ».

Une telle division, nous paraît tout à fait artificielle et par trop schématique. En réalité, le plasmocytome n'est vu que dès qu'il détermine une gêne fonctionnelle. On conçoit que cette gêne varie suivant que la localisation de la tumeur intéresse les fosses nasales, le larynx ou la trachée.

D'où trois éventualités cliniques :

I. — La tumeur siège au niveau des fosses nasales

Le début peut rarement être précisé. C'est qu'en effet, les troubles s'installent progressivement et sont d'apparence banale, puisque ce sont des symp-

tômes d'obstruction nasale chronique progressifs.

Gêne respiratoire, sécrétion muco-purulente. Ce n'est que lorsque la tumeur prend un développement notable que s'installe la rhinolalie fermée, le nasonnement.

Dans quelques observations (Kunosiki et Frank, Rogers), — on note des épistaxis survenant spontanément, disparaissant de même.

Examen. — La rhinoscopie antérieure, après cocaïnisation peut montrer une masse de volume variable, d'aspect lisse ou nodulaire, ne saignant pas au contact du porte-coton.

Cet examen, précise le point d'implantation.

La rhinoscopie postérieure peut montrer le développement de la masse, vers le toit du cavum ou les parties latérales du naso-pharynx.

On éclairera les sinus pour dépister l'extension possible dans leurs cavités. Enfin on palpera les chaînes ganglionnaires.

Au total, aspect banal, et seule la biopsie permettra de préciser la nature de la tumeur.

II. — Plasmocytome laryngo-trachéal

Là encore, le début ne peut être précisé.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, sujet à de fréquentes poussées de laryngite ou de trachéite, chez lequel survient un enrouement progressif, en plus toux d'irritation, « sensations de

picottements, de gêne, de corps étranger » (Huet). Aucune douleur spontanée, aucun trouble de la déglutition, état général satisfaisant.

Ce n'est que lorsque la tumeur atteint un certain développement qu'apparaît la dyspnée. Dyspnée à type laryngé ou trachéal, suivant le siège de la tumeur, et dont il paraît superflu de rappeler la symptomatologie.

Accidents, qui ont pu être assez intenses pour obliger à pratiquer la trachéotomie d'urgence (Observation de Leroux).

Examen. — Au miroir laryngé, on note l'aspect de la tumeur, le point de l'implantation qui intéresse ou une corde vocale (Boit), ou une bande ventriculaire (cas de Huet, cas de Blacklock et Mac Cartney).

L'examen rhino-pharyngé recherche une autre localisation possible.

La palpation des gouttières carotidiennes ne montre pas d'adénopathie.

La biopsie peut seule permettre un diagnostic.

III. — Plasmocytome de l'amygdale

Cette localisation est rare.

Au point de vue symptômes : simple gêne à la déglutition, sensation de corps étranger du pharynx.

A l'examen : la tumeur se présente comme une masse faisant corps avec l'amygdale (cas de Opi-

kofer — cas de Borri) de coloration rougeâtre, de consistance plus ou moins élastique. Pas de retentissement dans les territoires ganglionnaires.

Là encore la biopsie est nécessaire pour établir le diagnostic.

Quelque soit le siège anatomique de la tumeur, la réponse du laboratoire doit faire reprendre l'examen clinique, plus particulièrement l'examen du squelette ; cherchant à dépister un foyer osseux en s'aidant au besoin de radiographies.

Des examens de laboratoire : formule sanguine, numération globulaire, — réactions sérologiques, seront indispensables pour vérifier l'authenticité de la tumeur.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Si les plasmocytomes osseux, se conduisent comme des tumeurs malignes, en aboutissant toujours à la mort par métastases rapides ou par cachexie progressive, il semble bien que le plasmocytome localisé aux voies aériennes supérieures, soit bénin et ne récidive en général pas après une ablation complète.

Ce n'est pas dire, cependant, qu'abandonné à lui-même, le plasmocytome à foyer unique ne puisse déterminer des troubles graves et des accidents mortels. Il est évident, en effet, que son développement peut donner lieu à des désordres d'autant plus marqués que son siège touche de plus près aux fonctions respiratoires. C'est ainsi par exemple, qu'une tumeur sous-glottique sera plus sévère qu'une localisation à une corde vocale.

Mais dans un cas comme dans l'autre, c'est l'évolution vers la mort par asphyxie progressive ou par spasme glottique.

Mais il importe de préciser ici, que l'issue fatale,

en cas de non-intervention est uniquement imputable à une évolution mécaniquement grave, et n'est nullement la conséquence d'un processus histologique malin.

Or une telle éventualité semble rarement observée, et le traitement chirurgical est en règle, rapidement consécutif au diagnostic, et suivi d'une guérison rapide et définitive, si l'exérèse a été totale.

Il est donc permis de dire, en s'appuyant sur des observations déjà anciennes que les plasmocytomes des voies aériennes supérieures sont des tumeurs bénignes dont le pronostic est favorable, qu'ils ne récidivent que si l'ablation a été incomplète, et que dans ce cas, ce sont des récidives locales et indemnes de toute dégénérescence maligne.

Il paraît cependant logique de poser un pronostic beaucoup plus sévère, dans les cas de plasmocytomes des voies aériennes supérieures, à localisations multiples avec envahissement des chaînes ganglionnaires, en raison de leur tendance à la propagation et de leur parenté probable avec les plasmocytomes généralisés.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

En raison de la rareté de l'affection et de l'absence d'une symptomatologie nettement spécifique, le diagnostic de plasmocytome n'est jamais posé d'emblée. C'est dire l'importance que prendra la biopsie, suivie de l'examen histologique dans la découverte d'une néoformation suspecte au niveau des voies aériennes supérieures.

Plasmocytome du cavum

On le distinguera des tumeurs bénignes tel que les kystes, les papillomes, les fibromyxomes : diagnostics qui restent l'apanage de la biopsie. Le fibrome naso-pharyngien, semblant régresser vers la vingtième année, prêterait rarement à discussion.

Les tumeurs malignes, seront mises en évidence par l'examen histologique qui permettra, seul, de préciser leur nature.

Il faudra enfin éliminer une gomme syphilitique, qui infiltre progressivement le voile, aboutit à des

ulcérations polycycliques, à des cicatrices fibreuses, atteint le squelette et s'accompagne souvent de lésions nasales, linguales et laryngées.

Plasmocytome de l'amygdale

Il est facile d'éliminer l'hypertrophie banale qui est le plus souvent bilatérale.

Mais le diagnostic peut se poser avec les épithéliomas de l'amygdale surtout dans leurs formes latentes. Mais un examen minutieux révélera une induration ligneuse, une vive douleur à la pression, une adhérence aux plans profonds, des hémorragies provoquées.

Plus difficile semblerait le diagnostic avec un lymphocytome, si ce n'était une tumeur des jeunes, s'accompagnant de volumineuses masses ganglionnaires.

Plasmocytome laryngo-trachéal

AU DÉBUT.

Il s'agit le plus souvent d'un homme, aux environs de la quarantaine, sujet à de fréquentes poussées de laryngite ou de trachéite, chez lequel survient un enrouement progressif, avec toux d'irritation, sensations de picotement, de gêne. Ces signes, indépendamment d'une laryngite banale permettent de soupçonner soit un cancer, soit la syphilis ou la tuberculose.

I) *Cancer*. — L'enrouement progressif et la toux d'irritation du cancer au début peuvent faire croire à une laryngite chronique. Mais l'examen laryngoscopique révélera déjà une gêne dans la mobilité de la corde vocale intéressée, signature de l'infiltration néoplasique en profondeur.

II) *Syphilis*. — Au début de la période secondaire de la syphilis laryngée, l'enrouement est souvent le symptôme prédominant.

Cependant l'examen montrera, soit l'érythème rouge vermillon, diffus, qui s'il est localisé aux cordes, leur donne un aspect rugueux, soit les syphilides papuleuses. Là encore, il faudra rechercher la coexistence de lésions pharyngées et pratiquer une réaction de Wassermann.

III) *Tuberculose*. — C'est aussi par des troubles de la voix que débute souvent la laryngite tuberculeuse. Mais elle survient en général chez un tuberculeux pulmonaire avéré. Il faudra rechercher les petits signes prémonitoires : aspect velvétique de la zone interaryténoïdienne, pâleur de la muqueuse, congestion d'un héli-larynx, cordite unilatérale, et l'on complétera l'examen par l'auscultation, les épreuves radiologiques et de laboratoire.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT.

I) *Cancer*. — A ce stade, dans le cancer de la

corde, l'envahissement néoplasique entraîne l'immobilisation totale de la corde et de l'aryténoïde.

Dans sa localisation sous-glottique, le plasmocytome ne pourra être distingué d'un néoplasme sans le secours de la biopsie.

II) *Syphilis*. — Les végétations syphilitiques ont l'aspect d'excroissances irrégulières, de bosselures rougeâtres, pseudo-polypoïdes, rarement volumineuses.

III) *Tuberculose*. — Dans sa forme tumorale, la lésion tuberculeuse du larynx revêt l'aspect d'un véritable polype pédiculé dont l'examen histologique seul peut préciser la nature.

Dans sa forme végétante, la tuberculose laryngée, affecte une prédilection marquée pour la région interaryténoïdienne et se présente sous la forme de petites tumeurs rougeâtres, d'aspect muriforme.

Il faudra enfin éliminer les tumeurs bénignes du larynx. Mais là encore l'examen microscopique signera le diagnostic.

DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Description macroscopique

Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures peuvent être uniques ou multiples, sessiles ou pédiculés.

Ils se présentent généralement sous la forme de petites masses, nettement limitées, d'aspect lisse (obs. d'Iterson) ou irrégulier, granuleux, bosselé (obs. de Rogers).

Leur coloration varie du rouge bleuté au blanc grisâtre.

Leur consistance est ferme et élastique. Ils se coupent facilement et la tranche de section montre un tissu d'apparence fibreuse parsemé dans certains cas de zones hémorragiques (Clairbon et Fernis).

Description microscopique

Du point de vue de l'aspect général, l'examen microscopique d'une coupe de plasmocytome montre un stroma de fines travées conjonctives formant un réseau dont les mailles sont remplies d'éléments

cellulaires, tantôt tassés les uns contre les autres tantôt essaimés en plages plus ou moins diffuses.

Vue dans l'ensemble et à un faible grossissement, la coupe présente un aspect multilobulé dû aux amas cellulaires inclus dans la limite des tractus fibreux.

L'épithélium de surface est généralement indemne, ne présentant ni modifications ni ulcérations. Il est cylindrique ou pavimenteux suivant le siège anatomique de la tumeur.

Les vaisseaux sont d'aspect normal et les éléments cellulaires ne présentent autour d'eux aucune disposition particulière. Sauf dans un cas (Kunosiki et Franck).

Examen d'ensemble de la tumeur

Une trame collagène, inégalement répartie dissocie plus ou moins les plages de cellules qui constituent la tumeur.

Des faisceaux conjonctifs épais dans lesquels se voient quelques vaisseaux à structure embryonnaire, s'organisent par de nombreuses anastomoses en une sorte de réseau dont les mailles emprisonnent les groupes d'éléments cellulaires.

Mais selon la zone examinée, les aspects diffèrent.

C'est ainsi que dans la partie profonde de la coupe, on peut voir de volumineux amas cellulaires plus ou moins arrondis limités par une trame conjonctive dense ; ou bien de petits groupements de

cellules juxtaposées disposition « en colonnes » (Hückel) ; ou encore des cellules solitaires, séparées des autres par un très fin réseau conjonctif.

En surface, au voisinage de la couche épithéliale de revêtement, les cellules forment des groupes clairsemés inclus dans les mailles d'un stroma de tissu conjonctif pauvre en fibres collagènes et parsemé de quelques rares vaisseaux.

Étude cytologique

Le plasmocyte est l'élément cellulaire constitutif du plasmocytoïde.

Cette cellule est dérivée, de l'avis de la plupart des auteurs, des lymphocytes, ou directement des histiocytes d'Aschoff et se trouve normalement non seulement dans les organes lympho-hématopoïétiques, mais aussi en assez grande abondance dans la paroi du tube digestif et dans le chorion des voies aériennes supérieures. Il importe donc d'en faire ici l'étude cytologique détaillée.

Mais il est capital pour cela, d'obtenir une bonne fixation de la pièce et une coloration suffisamment élective. A ce point de vue, on préconise, outre le Giemsa, la coloration de Dominici à l'éosine orange — bleu de toluidine ou celle de Unna-Pappenheim au vert de méthyle et à la pyronine.

Ces conditions étant réalisées, l'examen à un fort grossissement nous montre les plasmocytes avec leurs caractères particuliers.

Ce sont des cellules arrondies ou ovalaires, ou bien à contours polygonaux lorsqu'elles sont tassées les unes contre les autres. Elles mesurent en moyenne 10 à 30 μ .

Le noyau est rond et presque toujours excentrique. Il est souvent unique, mais peut cependant être double et même triple et quadruple (fig. 3). La chromatine y est organisée sous forme de petites masses triangulaires se disposant radiairement à la façon des rayons d'une roue.

Le protoplasma, assez abondant, parfois d'aspect uniforme mais présentant plus souvent deux régions distinctes : une partie périphérique fortement colorée et une zone moins dense autour du noyau, appelée centrosphère par Dubreuil et Favre et comparée à une sorte de « halo » par Blacklock et Mac Cartney.

Sur toute sa surface le protoplasma présente un aspect granuleux.

L'ensemble de ces caractères nous montre donc bien qu'il s'agit là, de plasmocytes adultes, typiques.

Ils présentent tous le même aspect en quelque point que ce soit du champ microscopique, donnant à la coupe une topographie uniforme.

Les mitoses sont rares dans certains cas, plus fréquentes dans d'autres, mais elles ne sont jamais atypiques. Nulle part non plus ne s'observent de monstruosité cellulaires.

Les seuls éléments morphologiquement différents sont des lymphocytes, des macrophages, quelques

très rares polynucléaires intacts, se groupant autour des vaisseaux dans les parties les plus superficielles du chorion.

Place nosographique

Ainsi que nous venons de les étudier du point de vue clinique et anatomo-pathologique, les plasmocytomes des vois aériennes supérieures semblent avoir des caractères suffisamment définis pour avoir une place nosographique nette.

Mais il convient cependant d'envisager leurs rapports avec les autres tumeurs plasmocytaires et certaines tumeurs inflammatoires.

Rapports avec les plasmocytomes osseux

On serait tenté à première vue d'établir un rapprochement entre le plasmocytome des voies aériennes supérieures et les plasmocytomes osseux.

En effet certains cas sont indiscutablement liés (cas d'Opikofer, cas de Kunosiki et Franck). On a de plus décrit récemment un cas de plasmocytome osseux unique de l'aile iliaque se comportant après ablation large comme une tumeur bénigne.

Cependant dans l'immense majorité des cas, plasmocytomes des voies aériennes et plasmocytomes osseux, s'opposent par leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques.

Du point de vue clinique, le premier est bénin

et ne récidive en général pas après une ablation complète, le second au contraire est malin et donne des métastases rapides.

Du point de vue anatomo-pathologique les mitoses multiples, les monstruosité cellulaires ne s'observent guère que dans le plasmocytome osseux que Masson considère comme un véritable « sarcome plasmocytaire ».

Nous sommes donc ainsi amenés à affirmer que le plasmocytome des voies aériennes supérieures, localisé, autonome n'est nullement une tumeur maligne.

Mais peut on dès lors considérer cette prolifération plasmocytaire comme une véritable tumeur ?

C'est l'opinion de Boit et Von Werdt qui s'appuient sur quatre critères : 1^o aspect uniforme des cellules ; 2^o leur abondance, elles sont tassées les unes contre les autres ; 3^o la présence d'un grand nombre de cellules plasmatiques ; 4^o une dégénérescence partielle.

Certains auteurs, au contraire, semblent ne pas partager cette opinion. C'est ainsi que les dénominations de « granulome plasmocellulaire » créée par Franck et Kunosiki, de « lymphogranulomatose plasmocellulaire » créé par Kaufmann, montrent que dans l'esprit de leurs auteurs la nature inflammatoire de telles tumeurs paraît probable.

Rapports avec l'inflammation

Nombre d'auteurs, en effet, voient plutôt dans cette prolifération plasmocytaire la conséquence d'un processus inflammatoire chronique. En faveur de cette hypothèse existent deux sortes d'arguments :

1^o Argument clinique — ces formations se développent après la quarantaine au niveau des voies aériennes supérieures qui sont souvent le siège de rhino-pharyngite chronique.

2^o Argument anatomo-pathologique, c'est la coexistence, *très discrète*, sur certaines coupes, de lésions inflammatoires subaiguës : sclérose, formation de néo-vaisseaux, phénomènes congestifs, amas lymphocytaires polymorphes périvasculaires.

Mais si séduisante que soit cette théorie inflammatoire, il semble pourtant que le cas que nous rapportons plaide plutôt en faveur de l'hypothèse tumorale, car l'examen de la coupe ne décele aucune inflammation, même discrète.

Rapports avec l'inflammation syphilitique

On a voulu évidemment faire jouer à la syphilis un rôle dans l'étiologie des plasmocytomes.

Si l'on admet en effet comme probable la nature inflammatoire de ces formations, la présence presque exclusive des plasmocytes permettrait de soutenir cette hypothèse. Mais il semble résulter de l'étude des observations publiées dans la littérature mon-

diale, que les cas où la syphilis a pu être imputée soient l'exception.

Il existe cependant un cas où le rôle de la syphilis n'est pas niable et dont l'observation a été rapportée le 15 décembre 1930 à la Société de Laryngologie de Paris par le professeur Lemaître. Il s'agissait d'un homme dont une des fosses nasales était obstruée par une volumineuse tumeur. L'examen histologique révéla une néoformation plasmocytaire. Un traitement antisypilitique aussitôt institué aboutit rapidement à la disparition de la tumeur.

De même l'observation rapportée par Borri en 1929 au sujet d'un cas de plasmocytome ayant régressé à la suite d'un traitement bismuthique.

Ces faits seraient très intéressants s'ils s'avéraient nombreux. Mais il nous semble difficile d'établir un rapport de causalité formel entre l'infection syphilitique et les plasmocytomes des voies aériennes supérieures, puisque sur vingt-neuf observations, nous ne trouvons que trois cas où la syphilis ait pu être mise en évidence.

D'ailleurs, histologiquement s'il y a prédominance des plasmocytes, il n'y a pas de localisations péri-vasculaires, pas de trace de sclérose gommeuse, pas d'altérations vasculaires, la sclérose enfin est discrète quand elle existe.

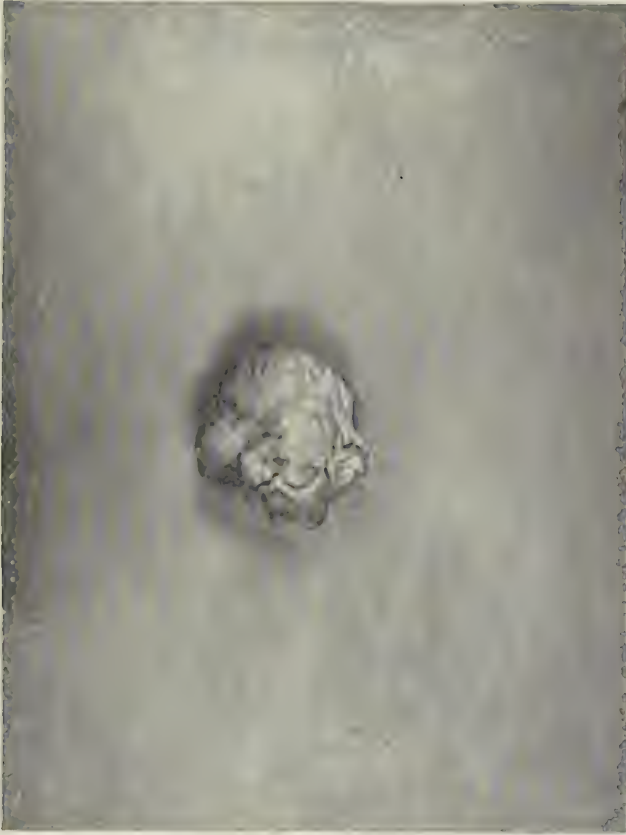
Mais ceci ne veut pas dire que de telles lésions ne puissent se voir chez des syphilitiques et il est vraisemblable que bien que n'agissant pas directement, l'infection syphilitique réalise un terrain favo-

nable au développement des tumeurs qui nous occupent.

Dès lors, si les plasmocytomes des voies aériennes supérieures ne peuvent être considérés comme des tumeurs malignes pour les raisons que nous avons vues ; si l'on ne peut davantage les considérer histologiquement comme l'aboutissant d'un processus inflammatoire, il ne nous semble pas non plus que que l'on puisse en faire une forme de l'inflammation syphilitique.

C'est donc à notre avis, et en nous appuyant sur l'absence complète d'éléments inflammatoires dans notre observation personnelle et dans plusieurs autres observations publiées ici, dans le cadre des tumeurs bénignes que doivent être rangés les plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

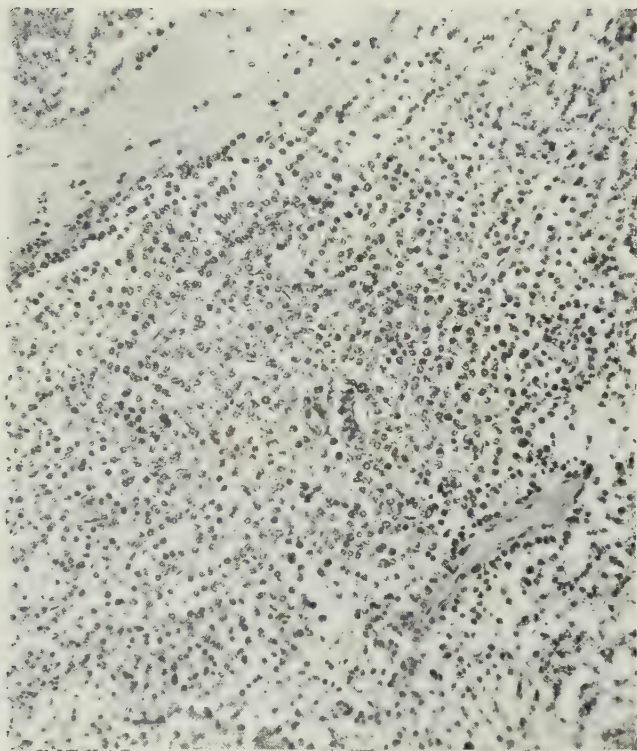
FIG. 1



OBSERVATION PERSONNELLE. — Aspect macroscopique de la tumeur (grandeur naturelle).

La photographie montre bien sa forme régulière et les limites précises de sa capsule.

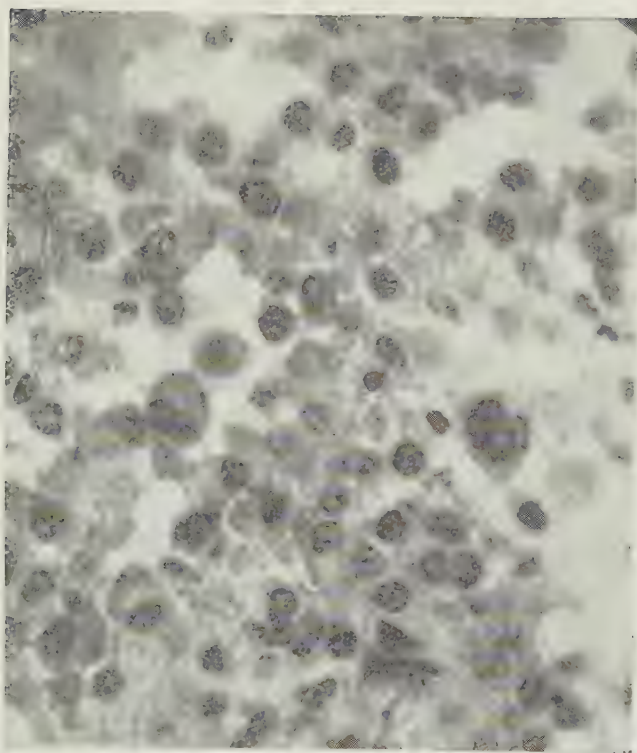
FIG. 2



OBSERVATION PERSONNELLE. — Coupe de la tumeur vue à un faible grossissement. L'on y voit une plage uniforme de cellules, avec quelques rares vaisseaux. En haut un tractus fibro-conjonctif.

(Préparations et photographies dues à l'obligeance du D^r Coirre, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph).

FIG. 3



OBSERVATION PERSONNELLE. — Coupe de la tumeur vue à un fort grossissement : On voit ici les plasmocytes nombreux et serrés les uns contre les autres. On distingue facilement dans plusieurs cellules la présence de noyaux multiples.

TRAITEMENT

L'exérèse chirurgicale est le traitement de choix et doit être pratiquée dès que le diagnostic de plasmocytome est posé.

I. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

1^o *Plasmocytome des fosses nasales et du cavum.*

L'opération se fait le plus souvent par les voies naturelles et sous anesthésie locale.

L'ablation se fait soit à l'anse froide ou diathermique (Werdt), soit au moyen de pinces.

2^o *Plasmocytome laryngo-trachéal.*

On pourra avoir à intervenir d'urgence pour lutter contre l'asphyxie qu'une tumeur volumineuse du larynx ou de la trachée peut provoquer. C'est dans ce cas à la trachéotomie que l'on aura recours (obs. de Leroux, Lallemant et Delarue).

Mais le plus souvent et en l'absence de troubles mécaniques graves, le traitement radical, curateur, s'impose seul. A ce point de vue l'exérèse sanglante est pratiquement le seul procédé employé. Elle peut être effectuée par les voies naturelles sous anesthésie locale, au moyen de la pince ou du serre-nœud.

Mais suivant le siège du plasmocytome on sera amené parfois à intervenir par voie externe.

C'est ainsi que dans les localisations endolaryngées, la thyrotomie est indiquée (obs. de Bourgeois et Huet).

Plus bas dans la sous-glotté on aura recours à la crico-thyrotomie et parfois même à la crico-thyro-trachéotomie.

Quoiqu'il en soit, l'ablation chirurgicale n'aura de valeur que si elle est totale et on devra cliver soigneusement la base d'implantation de la tumeur dans le squelette laryngé ou trachéal.

3^o PLASMOCYTOME DE L'AMYGDALE.

Déterminer des règles opératoires absolues, dans cette localisation serait téméraire, vu sa grande rareté.

Cependant, dans le seul cas connu actuellement, l'amygdalectomie totale fut pratiquée sans aucune difficulté, en raison de l'absence complète d'adhérences.

II. RÔLE DES AGENTS PHYSIQUES

La galvano-cautérisation, et surtout l'électro-coagulation, bien qu'étant rarement employées comme unique traitement, jouent cependant un rôle important dans la destruction des vestiges de tumeur, après l'exérèse sanglante.

L'exposition de la région intéressée, aux rayons X, après la cure chirurgicale semble être préconisée par la majorité des auteurs germaniques.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Ils sont généralement bons, mais il importe d'obtenir une exérèse complète de la tumeur, sinon elle peut récidiver.

Mais il est vrai que cette récurrence si elle se produit, est locale et ne devient jamais le siège d'un processus de dégénérescence maligne. Une nouvelle intervention bien menée en est le traitement radical et définitif.

CONCLUSIONS

I. — Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures constituent une affection peu fréquente, mais il semble qu'ils aient été considérés à tort comme étant d'une extrême rareté, puisqu'il ne se passe pas de semestre sans que l'on n'en enregistre un cas dans la littérature médicale mondiale.

II. — Cliniquement, ce sont des tumeurs bénignes à évolution lente. Leur symptomatologie ne se révèle que par l'apparition de troubles mécaniques dus à leur accroissement.

III. Le diagnostic clinique n'est jamais posé, vu la rareté de l'affection ; c'est dire l'importance primordiale de la biopsie et de l'examen histologique.

IV. — L'examen microscopique des coupes ne révèle aucun des caractères habituels des tumeurs malignes, ne décèle que rarement des traces d'inflammation et rien ne permet de les rapprocher des tumeurs plasmocytaires des os.

Le seul élément constitutif est le plasmocyte.

V. — C'est donc en nous appuyant sur l'étude histologique du cas que nous rapportons personnellement et sur la majorité de ceux que nous publions dans cet ouvrage que nous croyons pouvoir conclure en faveur de la nature tumorale des plasmocytomes des voies aériennes supérieures.

Quant à la syphilis, il semble qu'elle ne constitue qu'un terrain favorable à l'éclosion et au développement de ces tumeurs.

VI. — Le traitement doit être celui des tumeurs bénignes du naso-pharynx et du larynx. L'ablation chirurgicale reste le procédé de choix ; mais elle devra être complète pour être efficace, sinon les récidives sont possibles, mais elles se font *in situ*.

Au traitement chirurgical on adjoindra parfois les méthodes physiques : galvano-cautérisation, électro-coagulation, röntgenthérapie.

VU :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la Thèse,
CHAMPY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ALAGNA G. — Die Plasmazellen bei Ohren, — Nasen, — und Kehlkopf-krankheiten. (*Virchows Archiv. f. path. Anat. u. Phys.*, 204, 136, 1911).
- BOIT. — *Frankfurter Zeitsch. f. Path.*, p. 172.
- BORRI. — *Zentralblatt H. N. O.* ref. N° 14. (*Valsalva* 5, 416-424, juillet 1929).
- BOURGEOIS et HUET. — Plasmocytome du larynx (*Annales d'otolaryngologie*, n° 2, février 1929, p. 166).
- BLACKLOCK et MAC CARTNEY. — Plasmocytome of N. P. (*J. path. and bact.*, janvier 1932).
- BROSS. — Zur Plasmozytomfrage. (*Fol. haemat. Leipz.*, 45, 137, 1931).
- CAPPEL. — *J. anat. and bact.*, p. 293, 1929.
- CLAIRBORN et FERNIS. — Tumeur à allure plasmatique de la muqueuse nasale et naso-pharyngée (1931. *Ann. of Surgery*, t. XXIII, p. 477. 000).
- DENKER und KÄHLER. — Handbuch der Hals, — Nasen — und Ohrenheilkunde. 1929. (Bd. V. S. 162).
- FRANCK et KUNOSICKI. — *Virchows Arch.* 1913, p. 391.
- FACCHINI et SCALA. — Ueber einen Fall von Fibromyxoplasmozytome der Nasenhöhle. (*Archiva Italiana Otologica*, 36, 33, 1925).
- HEINDL Jun. (A). — Un cas de plasmocytome. (*Wiener lar. rhin. Ges.* 6. XII. 32 : in *Monatschr. f. Ohren*, t. XVII, p. 866, 1933).

- HÜCKEL. — Ueber ein Plasmozytom des Nasenrachenraumes (*Virchows Arch.*, Bd. 264, 27, p. 172).
- HAJEK. — Zwei verschiedene bisher nicht beschriebene Tumorarten der Stirnhöhle und des Siebenlabirinth in ein und demselben Individuum. (*Passow Schaefers Beitr.* 23, 465).
- HANNES. — *Arch. of. path. Anat.*, 410.
- HOFFMANN. — *Beitr. z. path. An.*, V. 2 ; *Allg. Path.* 317.
- HFDINGER. — Zur Frage des Plasmozytomes. — (*Frankfurter Zeitschr. f. Path.* 7, 343. 1911).
- HARMSSEN. — *Wiener lar. u. rhin. Ges.*, 1928.
- HUBERT, GIRARD et RAMBERT. — Plasmocytome du nasopharynx. (*Société d. O. R. L. de Paris* : 10 déc. 1934).
- ITERSON. — Un lymphocytome du naso-pharynx. (*Ann. d'O. R. L.*, N° 6, juin 1934, p. 623).
- KAUFMANN. — *Lehrb. d. spez. path. Anat.* VIII 1922.
- KLOSE. — Ueber des Plasmozytom der Pleura. *Fol. haemat.* Leipzig, 1912, 28.
- KURTE BRÖSTE. — Le plasmocytome des voies aériennes supérieures. (*Acta. ot. laryng.*, Vol XVIII, fas. 1-2, p. 31, 1932).
- LEROUX, LALLEMANT et DELARUE. — Plasmocytome de la trachée. (*Ann. d'O. R. L.*, n° 2, février 1931, p. 200).
- MARSCHALKO. — *Arch. f. Derm.*, 30, 1895.
- MAC CARTNEY. — Multiple Plasmozytome. (*Scott. Soc. of O. L. in J. of Lar.* t. 45, p. 269, 1930).
- NEW and HARPER. — Plasmacell. Myeloma of the pharynx and cervical region without skeletal involvement. (*Arch. of ot. lar.*, 16, n° 1, 50, juillet 1932).
- OPIKÖFER. — Das Plasmozytom (*Vassow Schaefers Beitr.*, 23 274, 1926).
- PALLESTRINI. — *Zentr. alblatt. f. H. N. O.* n° 15.
- PIRONE. — Sur les cellules plasmatiques. (*Fol. haemat.* 7, 339, 1909).
- POLLOCK Frédéric. — Plasmocytome du nez et du naso-pharynx. (*Arch. of oto. lar.*, t. XIX, p. 311-317, 1934).
- RÖSSLE. — Malignes Plasmozytom des Nasenrachenraumes. *Schweiz. med. Wochenschrift.*, 1926, n° 13 (Verhandl. d. Schweiz. Hals-u. Ohrennarzte).

- ROGERS. — Plasmocytoma of naso-pharynx. (*Canad. M. A. J.* 10, 223, mars 1929).
- ROSENWASSER. — Plasmocytoma of nasal cavity. (*Larynx*, 40, 576-582, août 1930).
- SAARNI. — Un cas de plasmocytome des voies aériennes supérieures. (*Arch. f. Ohren*, t. CXXXVI, F. 1-2, p. 54-63, 1933 ; *Anal. index cancerol.*, t. VIII, n° 4, p. 469, 1934).
- SCHRIDDE. — Weitere Untersuchungen über die Körnelungen der Plasmazellen. (*Zbl. Path.*, 16, 432, 1905).
- SEEMANN. — Ein Fall von plasmazellulärem Myelom. *Zentralb. f. allhemeine Path. und path. Anat.* Bd. XLVIII, 1930, p. 212).
- STEWART et TAYLOR. — Observation on solitary plasmocytoms. (*J. path. and bact.*, juillet 1932).
- VILLATA. — Plasmocytome des Schädels. (*Arch. per la Scienza Med.* fas. 52, 1928, t. 3 ; *Ref. in Zentralblatt f. allgemeine Path. und path. Anat.*, Bd. XLVI, p. 17).
- VOGT. — *Frankfurter Zeitschrift f. Path.*, 10, 129, 1912.
- VLASTO. — *Royal Society of Medecine*, Londres, 1929.
- VON WERDT-FRANK. — *Zeitschr. f. Path.*, 1911.
- VILAR SANCHO et FERRER. — Résultats du traitement radiothérapique de deux carcinomes et un plasmocytome de l'amygdale. (*Rev. Med. Barcelona*, t. 13, p. 235. 1930).
- WEIL. — *Wiener. lar. un. rhin. Ges.*, 1929.
- WATCHER. — Ein Fall von mult. Plasm. der oberen Luftwege. (*Arch. f. Lar.*, 28-29, 1924).
- ZAUCHE. — *Contribution à l'étude des plasmocytomes des voies aériennes supérieures*. Thèse de Paris, 1932.

PLASMOCYTOMES MÉDULLAIRES

- BUSSER et LICHTENBERGER. — Plasmocytome vertébral (*Ann. d'anat. path.*, 1933, p. 202.)
- CARNOT, CACHERA et M^{lle} TISSIER. — Myélomes multiples, images radiologiques, myélogrammes, (*Soc. Méd. des Hôp.*, 17 janvier 1936).
- DE HARVEN, MURDOCH et CAHEN. — Plasmocytomes multiples. (*Bull. As. fr. Études Cancer*, 1927, p. 287).

JEANNENEY et MATHEY-COMAT. — Sur un cas de tumeurs osseuses multiples (myéloplasmocytome).

(*S. de Méd. de Bordeaux*, N° 20, juillet 1930 p. 583).

JACKSON PARKER et BETHEA. — Disease of lymphoid and myeloid tissues; plasmocytome and relation to multiples myelomes. (*Americ. J. of Med. Sc.*, février 1931, p. 2-357).

MARTIN, DECHAUME et LEVRAT. — Plasmocytome du col fémoral. (*Bull. As. jr. études du cancer*, 1928, p. 537).

MASSON et WOLF. — Contribution à l'étude des sarcomes plasmocytaires.

RISER et SOREL. — Plasmocytome intracranien avec paralysies unilatérales multiples. (*Ann. de Médecine, Paris*, t. XXVI, novembre 1929, p. 385).

